

· 国外医学报道 ·

社会心理因素对乳腺癌患者生存期的影响

资料来源: Lehto US, Ojanen M, Dyba T, et al. Brit J Cancer, 2006, 94:1 245-1 252.

虽然社会心理因素在乳腺癌发生发展过程中的作用已经进行了大量的研究,但是在此过程中真正起作用的因素并不明确。因此,本研究对社会经济因素、心理因素和社会心理因素与乳腺癌生存率的相关性进行了研究。共 102 例 72 岁以下的乳腺癌患者完成了一项有效调查表,调查内容包括癌症应对、情绪表达、是否感知到理解和支持、癌症因素以外的生活压力以及诊断后三四个月内的生活质量等。生存时间为从确诊癌症到肿瘤复发或者到死亡以及最后一次随访的时间。统计学采用 cumulative cox 回归分析法。平衡生物学预后因素、年龄以及治疗方式等因素的影响后,发现进行长期心理辅导和积极方式应对癌症的患者预后更佳,而采取情感抵触、逃避行为应对癌症以及感知到更高水平的理解和支持的患者生存时间较短,而失业和抑郁症患者的无瘤生存时间则更短。癌症患者的存活时间受多种复杂的社会心理因素影响,对癌症有最小心理反应的患者预后较好,而不能顺利的表达不满情绪和行为逃避则预后不良。社会经济状况好与存活时间长相关。

在许多研究中,由于理论基础不足,所研究的心理学结构在各个研究中也不同,定义、操作和方法学没有一致性。这就使总结结果非常困难。许多早期的研究未考虑生物学预后因素和社会经济状况,甚至有些社会心理因素的影响被分别检验,而不同因素同时存在的影响又被忽略。

目前研究提出和癌症相关的最重要的社会心理危险因素,包括负面情绪不表达、无助和绝望、生活压力和低水平社会支持。否认或者淡化患有癌症这一事实可能预后更佳。而过去经典研究中的一些概念如斗争精神、坦然地接受或宿命论在近期的研究中未再重复。社会心理学的干预能提高健康水平和延长存活时间。因此,为了更好地进行癌症康复治疗和社会心理干预治疗,必须研究和癌症相关的最重要的心理因素。

影响癌症的心理生物学机制和心理压力有关。心理压力过程包括癌症和治疗、社会人口统计学因素、应对方式、适应性、个性因素、医学因素、社会环境因素及生活压力。这些都是心理过程中的调解因素。据报道这些因素对生活质量和存活时间都产生影响。在从患癌症和治疗到健康预后的过程中,应对方式是主要的调解因素,而社会支持和个性因素其次。在患病期间出现的其他生活事件也影响与癌症有关的应激过程,因为患者经常要努力处理他们。这就影响或妨碍他们应对癌症或影响健康预后。本研究设计一种模型,其包含所有这些心理因素及其对癌症的影响,并运用这种模型研究乳腺癌患者的生存情况。

个性会影响癌症应对的过程。C 型行为被认为与癌症进展相关,其概念指的

是患者对压力的耐受性差。因此, C 型行为具有易于受到伤害的个性特征。 C 型行为的反应形式是多种多样的, 包括负面情绪不表达(为核心成分)、无助、绝望、乐于见义勇为、过度合作、友善平和以及顺从外界权威。对于 C 型人来说紧张和压力的危险性更大, 因为他们不允许自己表达负面情绪。这就导致应对癌症效果差和预后差。压抑情绪的特质(情感防卫)与抑制和控制情绪有关, 对癌症患者不利。这种避免情绪影响他人和更多地控制愤怒, 或少表达愤怒的行为, 恰好与 A 型行为相反。抗情绪特质与个人防卫(负面情绪不表达)的概念相近, 表现为友善平和的行为。这两种特质都包括在 C 型行为中。

按照本研究的理论模型, 我们假设癌症主要受应对方式影响, 而社会支持、个性因素和无癌生活压力等因素都会改变患者的癌症应对方式。因此, 我们研究社会心理因素对癌症预后的影响。目的是研究基本(诊断后三四个月)的社会心理因素, 如应对方式、社会支持(感知的有效的支持)、情绪(愤怒)不表达、无癌生活压力和生活质量等对乳腺癌患者生存期的影响。

1 资料与方法

1.1 患者一般资料

研究对象包括 1996 年 1 月至 10 月芬兰 Tampere 大学医院肿瘤科收治并随访的乳腺癌患者, 年龄在 30 ~ 70 岁之间。乳腺原位癌被排除在外。两例患者由于患慢性精神分裂症, 不能理解癌症的性质和治疗, 另外两例患者由于从前患过癌症, 其心理应激过程已受到影响而被排除。一例男性患者也被排除。最终入组的患者是 101 例, 其中 33 例有区域淋巴结转移。按照芬兰乳腺癌治疗指南治疗患者。在与患者会面之前, 患者未接受新的抗抑郁治疗, 未看过精神病科门诊, 未因精神病而住过院。患者的疾病与治疗见表 1, 社会人口统计学和社会经济状况见表 2。到 2005 年 2 月 15 日, 31 例患者复发, 2 例死亡。

1.2 调查方法

患者在诊断后的三四个月以一种特殊形式接受同一个心理学家(第一作者)的会见。被会见的患者完成了一些构建好的有效问卷, 内容包括有感受(presence)、发生次数(frequency)、应对癌症的程度、与情绪表达相关的个性因素、感知有效支持、癌症以外的生活压力(noncancer life stresses)和生活质量。

采用回答问卷方法(the Way of Coping Questionnaire)检验应对癌症方式, 该方法用来测定个体对待和处理特殊充满压力的遭遇(这里是指患乳腺癌)的思想和行为, 该问卷的基础是 WOC-CA 癌症特殊评分, 内容包括对社会支持的疏远、寻求和使用, 认知逃避和行为逃避。

采用 MOS 社会支持问卷检验患者在需要时是否感受到有效的社会支持, 该问卷是针对患有慢性疾病的成年患者, 包含 20 个评分项目, 包括感知情感/信息

表 1 患者疾病和治疗的变量

变量	百分数/(%)(n = 102)
肿瘤大小:4 ~ 80mm, 17.4(± 11.7)	
分期	
Ⅰ 期	54
Ⅱ 期	39
Ⅲ 期	4
未定	2
组织学类型	
导管癌	72
小叶癌	20
分级	
1 级	39
2 级	32
3 级	16
使用激素者	
雌激素	83
孕酮	67
雌激素或孕酮 84	
转移	
无	66
局部	32
阳性淋巴结数:范围 1~15, 均数 2.88 (± 2.98)	
阳性淋巴结占总数的比率	
范围 0.1 ~ 1, 均值 0.39 (± 0.24)	
外科手术方式	
保乳手术	60
乳房切除术 (简单的或改良的根除术)	39
辅助治疗	
单纯手术	28
+ 放疗	72
+ 化疗	24
+ 激素治疗	24
其他的慢性疾病	44

支持、实际的支持和关爱。

用愤怒表达评分法检验愤怒表达特质(包含24项),该评分方法测评被愤怒情感触动时个体侵略性行为的程度和释放愤怒情绪的三种程度,即内愤怒(有愤怒情绪但被抑制,压抑),外愤怒(愤怒情绪以侵略性行为表达出来)和愤怒控制(外部情绪表达被控制)。情绪表达采用理性/情感防卫法(R/ED)和需要和谐评

表 2 患者的社会人口统计学和社会经济变量

变量	百分数/(%) (n = 102)
年龄:平均 54.2 (± 8.45) 岁	
性别	
男	1
女	99
婚姻状况	
单身	12
已婚或同居	68
离婚	15
寡居	6
教育程度	
基础	31
中等	31
大学或更高	34
不明确	2
工作状况(基线)	
从业	55
失业	13
家庭主妇	1
退休	31

分法(N/H)进行检验。在 R/ED 中,理性(R)是指个人运用理智和逻辑处理周围事情的程度(控制忧虑),情感防卫(ED)(抗情绪)是指个人运用理智和逻辑消除/避免影响他人情绪的能力(克服情绪控制愤怒)。

用生活经验调查表(LES)评估从患者接受会见的前一年开始的生活压力事件。用慢性紧张调查表(chronic strains survey)评估长期存在的压力状况。

采用 Rotterdam 症状清单法(Rotterdam Symptom Checklist)检测患者的心理和身体症状、程度和感知的生活质量。抑郁症状采用 10 项抑郁评分法检测,其中包括一项绝望评估。乳腺癌特殊症状采用 EORTC-breast 23 方法进行评估。从患者病历中收集有关的疾病和治疗信息。Tampere 大学医院伦理道德委员会核准了本研究方案。

1.3 统计学分析

存活时间为从疾病确诊到疾病进展或死亡或最后一次随访日(2005 年 2 月 15 日)之间的时间。用描述统计学、ANOVA、Pearson's 相关分析法(r)统计基本资料,用回归分析法研究预测心理因素之间和预后的关系。用 Cox 回归模型对年龄、生物学预后因素以及治疗方式进行控制后,检验心理和社会心理因素对存活时间的影响。

2 结果

2.1 心理因素变量的差异

化疗常用于年轻患者($P < 0.001$)。疏远应对方式(distancing coping)与高龄、自述生活质量高、症状少($P < 0.05$)和只接受手术治疗($P = 0.01$)相关。区域淋巴结转移并且接受化疗及任何形式辅助治疗的患者更多地寻求和运用社会支持($P < 0.05$)。认知逃避(cognitive escape-avoidance)与激素治疗和自述生活质量低相关($P < 0.05$),尤其与心理症状($P = 0.004$)和抑郁症状($P = 0.01$)相关。行为逃避与内愤怒特质评分高相关($P < 0.05$)。应对模式并不受不同的社会经济状况影响。

感知社会支持评分分布正常,患者感受到情感/信息方面的支持占 15%,实际支持方面占 33%,感受到关爱支持的占 44%(占总评分的 12%)。不同疾病和不同治疗方式对评分没有影响。家庭收入能增加评分,情感/信息支持随年龄升高而降低($P < 0.05$)。感知支持评分高的患者内愤怒特质评分较低(总评分 $P < 0.05$,最高评分 $P = 0.001$),并且生活质量较高、身体症状较少($P < 0.05$)。

年龄、疾病和不同治疗方式不影响愤怒表达特质。外愤怒和愤怒控制显著负相关($r = -0.58, P < 0.001$)。情感防卫与愤怒控制正相关($r = 0.34, P < 0.001$),与外愤怒负相关($-0.26, P = 0.01$)。受教育越多理性评分越高($P < 0.05$)。受高等教育患者的情感防卫评分高于其他患者($P < 0.05$)。

自述症状与生活质量、疾病情况、治疗方式及社会经济状况均不相关,但是患病后仍工作的患者所表现的身体症状较少。抑郁症状较少发生于长期受教育的患者($P < 0.05$),且与疾病或治疗方式无关。几乎一半(42%)的患者感到绝望。到随访结束时,死亡患者与存活患者之间有统计学意义的唯一差异是,死亡患者的情感防卫评分较高($P = 0.063$)。

2.2 生存期和无病生存期的预测

在 Cox 回归模型中,我们用年龄、转移的淋巴结数目、肿瘤的大小(mm)、导管癌 3 级(是/否)、外科手术类型(根治术/保乳手术)、辅助治疗(放疗,化疗,内分泌治疗)、受教育水平(基本,中等,高等)、工作(否/是)、家庭收入、社会心理因素调节域(癌症的应对)、感知社会支持、愤怒表达、情绪表达、癌症以外生活压力和生活质量作为独立变量。对总生存期的预测通过逐步增加可能的预后因素进行研究。总存活期模型详情见表 3[生物学变量(模型 1),癌症治疗(模型 2),社会经济因素(模型 3),社会心理因素(模型 4~模型 7)]。

年龄和生物学预后因素确定后,化疗和高等教育(大学或更高)被发现是保护性因素。社会心理危险因素包括情感防卫(抗情绪)、行为逃避、和高级感知社会支持。另外,抑郁症状能降低存活期($P < 0.050$)。

当这些变量单独用生物学因素和治疗方式变量(单变量分析)检验时,发现

表 3 基线模型系列检验预测的存活时间(Cox 回归法)

变量	模型 1		模型 2		模型 3		模型 4		模型 5		模型 6		模型 7	
	危险比率	P 值	危险比率	P 值	危险比率	P 值	危险比率	P 值	危险比率	P 值	危险比率	P 值	危险比率	P 值
年龄	0.970 9	0.308	0.951 5	0.123	0.955 1	0.151	0.943 4	0.098	0.960 4	0.262	0.964 1	0.322	0.985 4	0.672
淋巴结(数目 +)	1.208 3	0.012	1.272 4	0.003	1.250 1	0.005	1.541 5	0.001	1.562 6	0.000	1.696 8	0.000	1.813 3	0.000
肿瘤大小/mm	0.967 3	0.219	0.975 9	0.374	0.984 5	0.526	0.996 6	0.881	1.009 3	0.708	1.012 1	0.674	0.994 7	0.853
3 级	3.558 2	0.017	4.731 5	0.005	4.639 6	0.004	1.598 5	0.498	1.405 7	0.618	1.176 3	0.830	1.688 3	0.581
化疗			0.347 5	0.149	0.384 8	0.171	0.137 2	0.032	0.123 7	0.020	0.092 4	0.012	0.103 6	0.014
高等教育					0.330 5	0.082	0.169 6	0.016	0.152 7	0.008	0.082 6	0.002	0.083 6	0.003
情感防卫							1.306 6	0.007	1.462 7	0.003	1.566 3	0.001	1.372 2	0.021
疏远									0.848 3	0.109	0.765 4	0.020	0.782 0	0.034
行为逃避											1.292 3	0.016	1.377 9	0.008
感知支持, 高 ^a													5.1911	0.009

a: MOS 调查的总评分,最高分 40% 与其余相比

情感防卫($P=0.007$)和行为逃避($P=0.057$)有统计学意义;而如果情感防卫因素不参与统计检验,则疏远应对和感知支持水平无统计学意义。

用回归分析法分析有统计学意义的预测变量之间的关系时,我们发现强烈的内愤怒特质(stronger anger-in trait)、低水平感知情感/信息支持、进行辅助治疗和低等教育可预测抑郁症状。微弱内愤怒(lower anger-in)、工作和高水平情感防卫可提高感知支持的水平。

无病生存期(无复发时间)的研究(表 4)显示,年龄小和生物学预后因素一起提示无病生存期短($P<0.1$)。化疗可延长无病生存期。社会经济因素和受长期教育一起分析时,可稍延长无病生存期,和失业一起分析时,则提示较短的无复发时间($P=0.1$)。不同于总生存期,情感防卫仅仅稍提高无病生存期($P=0.1$)。如果将所有变量加入模型中分析的话,抑郁症状和高感知支持(high perceived support)提示较短的无病生存期。

3 讨论

用多因素回归模型及调整后的生物学预后因素来研究社会因素和社会心理因素对乳腺癌患者存活的影响,发现化疗、长期教育以及疏远/淡化患癌症事实具有保护作用;情感防卫(抗情绪)、逃避应对和高水平感知社会支持是危险因素。

本研究选择的研究对象都是局限性乳腺癌患者。首先,因为早期癌症对于研究社会心理因素的影响比较有利;其次,乳腺癌被认为受社会心理因素的神经-激素-免疫学途径影响。基于前期研究和我们早期建立的理论模型,选择了这些社会心理学变量,并用可检验的有效的定量法评估这些变量。而早期的研究很少同时考虑心理压力过程中的所有组成成分,而且常常忽略了社会经济状况。芬兰癌症医疗中心允许我们收集有代表性的标本。虽然人种差异可能影响社会心理过程,但是在来自芬兰癌症医疗中心的人群中不存在人种差异。

表 4 基线社会心理检验预测的平稳期(event-free time)

变量	Cox 回 归 法		
	危险比率	z	p > /z/
年龄	0.950 1	-1.81	0.070
局部转移(数目)	1.599 8	4.14	0.000
肿瘤大小/mm	0.985 2	-0.77	0.439
3 级	1.366 8	0.46	0.643
化疗	0.110 3	-3.00	0.003
高等教育	0.515 4	-1.43	0.153
失业	2.715 4	1.84	0.066
情感防卫	1.130 4	1.66	0.098
抑郁症状	1.067 4	1.84	0.066
感知支持,高	2.176 6	1.79	0.074

区域淋巴结转移情况是最重要的预后因素,而化疗是有效的治疗。然而,当包含社会心理因素的变量时,一个重要的生物学预后因素——组织学分级(3 级)的影响将消失。属于社会经济状况的两个因素有预后意义,即长期教育预后好,失业预后不良。文献报道社会经济状况好提示预后佳,其原因可能和应激生理学(stress physiology)有关的心理生物学机制调解有关。而社会经济状况差的人可能面对更多的压力,并且缺少应对压力的资源。

情感防卫/抗情绪指的是控制、抑制或压制人与人之间关系中的负面情绪的一种个性特质,属于不表达负面情绪概念中的一种(在行为医学中“抑制”常被用作负面情绪不表达的同义词,这种意识概念通常不包括在这种定义中。这与心理动力学文献用语不同)。这些概念包括有防卫机制、抑制、情绪不表达及社会个人防卫的精神病学和心理学的多种内涵。情感抑制最接近于个人防卫,也接近 C 型应答模式,表现为不表达负面情绪,如愤怒和恐惧。情感防卫被认为是癌症中最明显的危险因素。但是其定义不清楚。本研究显示,情感防卫的不利影响强而持久。这与以前得出的多表达情绪、少压抑情绪有利于乳腺癌患者的结果相一致。本研究用评分法特别评估了愤怒控制,发现它与高效的愤怒表达评分法的愤怒控制特质(the anger control trait of the highly validated AX/Scale)有关,但具有预后意义(在关于黑素瘤相应的数据中,我们发现内愤怒和愤怒控制的特质提示预后差)。与目前文献报道结果相反的有,日本一项对男性患者的研究用选择 yes/no 的检验方法,发现理性/抗情绪降低了癌症的死亡危险。这可能是由于性别不同、癌症部位不同、文化不同以及性格特质不同所导致的差异。

在以前的研究中,我们仅找出一个有保护作用的心理因素,即疏远方式,其与淡化方式相近。否认/淡化患癌症事实一直被认为是良性预后因素。淡化诊断所带来的冲击是比较温和的方式,也是目前比较现实的否认方式。它指的是减少

医疗行为中的严肃性(不是以后的负面影响)。淡化既可以是由具体事件所驱动的反应,也可是一种长期的习惯,即淡化生活中的不愉快事件。近期的研究发现它与晚期乳腺癌和黑素瘤患者的长期生存相关。

行为逃避,以前被认为不利于癌症患者的社会心理健康,也与不良预后有关。行为逃避也包括避免与他人接触。这可降低生存期低水平的社会支持、过度饮食、吸烟以及喝酒。

抑郁症在很久以前被认为和癌症的进展相关,但文献报道结果有差异。在本研究中,当不包含应对方式,并且情感防卫被控制时,抑郁症状可预测总存活期(overall survival)。早有文献提出抑郁症作用不是独立的。它与其它社会心理因素相联系,如负面/消极情绪不表达、无助、绝望。

高水平感知支持作为不良预后因素,可能也和负面情绪不表达有关。支持不是实际接受的社会支持,而是假设患者在需要时可得到支持的感觉。这种支持评分高可能与在健康评估项目里过度报告健康水平高有关,也反映出压抑负面影响的问题。与以前的研究相同,本研究的许多患者(15%~44%)在 MOX 调查中极力报告感知支持。据报道 10%~20% 的人过度积极地回答悲伤自报评分这一项,因为他们避免负面影响,即他们是压抑应对型的,与非压抑型者相比,较少报告悲伤。过度报告感知支持可反映出 C 型行为中包含的感情和需要还没被认识到。此外,如果不提出压抑的解释的话,很难解释情感防卫为什么与高水平支持(high level of support)相关。还有报道说过渡相信患者自报的信息,不能从抑郁者身上获得满意的全面真实的信息。采用获取具体的答案,而不是总体评估或许能帮助解决这种问题。尽管 MOX 调查很有效也很有用,但只和针对癌症患者实际得到的支持部分相关。目前的结果显示该方法评估(乳腺)癌症的社会支持是不够的。

本研究结果支持情绪不表达和乳腺癌不良预后相关,而否认/淡化应对方式对癌症患者的存活有利的观点。我们认为,社会心理因素对癌症生存期的影响是由各种心理因素互相影响共同作用的结果,社会经济因素也非常重要。情绪不表达似乎与影响癌症进展不同的概念(如 C 型结构,压抑)均有关。严重的情绪不表达或压抑应对型的患者可能在总体健康评分中过度报告自我健康良好。这解释了为何好的健康却提示预后差这一意外的结果。总体健康检验评分高可能与其他的社会心理危险因素有关。这需要进一步的研究和临床重视。

(周艳 编译 姜军 范林军 审校)

(收稿日期:2007-06-04)

(本文编辑:罗承丽)